

## VORMERKUNG

### Angaben zur Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung (Vom Rechtsträger auszufüllen):

Bezeichnung	Kindergarten und Krabbelstube der Franziskanerinnen WELS		
Straße/Nummer	Schubertstraße 49	PLZ/Ort	4600 Wels
E-Mail-Adresse	kiga.franziskanerinnen.wels@eduhi.at	Telefonnummer	0676-883481833

Vormerkung für:	<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Krabbelstube
-----------------	---------------------------------------	---------------------------------------

### Angaben zu den aktuellen Öffnungszeiten **KRABELSTUBE**:

Montag	von	07:45	bis	16:45	Dienstag	von	07:45	bis	16:45
Mittwoch	von	07:45	bis	16:45	Donnerstag	von	07:45	bis	16:45
Freitag	von	07:45	bis	14:00					
Schließzeiten	Weihnachtsferien, Sommer KW 33, 34, 35 *								

\*Änderungen vorbehalten

### Angaben zu den aktuellen Öffnungszeiten **KINDERGARTEN**:

Montag	von	06:45	bis	18:00	Dienstag	von	06:45	bis	18:00
Mittwoch	von	06:45	bis	18:00	Donnerstag	von	06:45	bis	18:00
Freitag	von	06:45	bis	18:00					
Schließzeiten	Weihnachtsferien, Sommer KW 33, 34, 35 *								

### Angaben zum Kind:

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
Geschlecht	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Straße/Nummer	
PLZ		Ort (Hauptwohnsitz)	
gewünschtes Eintrittsdatum		Beeinträchtigungen im Sinne des Oö. Chancengleichheitsgesetzes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit			
Religionsbekenntnis			
Muttersprache		Festgestellt ab wann	
Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Welche?	

### Gewünschte Besuchszeiten des Kindes:

Montag	von		bis		Dienstag	von		bis	
Mittwoch	von		bis		Donnerstag	von		bis	
Freitag	von		bis						
Einnahme des Mittagessens	ja	Mo <input type="checkbox"/>	Di <input type="checkbox"/>	Mi <input type="checkbox"/>	Do <input type="checkbox"/>	Fr <input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
Betreuungsbedarf nach 13:00 Uhr	ja	Mo <input type="checkbox"/>	Di <input type="checkbox"/>	Mi <input type="checkbox"/>	Do <input type="checkbox"/>	Fr <input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
Gewünschter Eintritt									

**Angaben zur Mutter:**

Familienname		Vorname	
Telefonnummer		E-Mail Adresse	
Familienstand		Staatsangehörigkeit	
Beschäftigungsausmaß		Vollzeit <input type="checkbox"/>	.....Std.
		Teilzeit <input type="checkbox"/>	

**Angaben zum Vater:**

Familienname		Vorname	
Telefonnummer		E-Mail Adresse	
Familienstand		Staatsangehörigkeit	
Beschäftigungsausmaß		Vollzeit <input type="checkbox"/>	.....Std.
		Teilzeit <input type="checkbox"/>	

Bei Magistrat WELS bereits vorgemerkt:

 JA

 NEIN

Wunscheinrichtung 1	
Wunscheinrichtung 2	
Wunscheinrichtung 3	

Datum:	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:
--------	---------------------------------------